

健保 使用 欄	支払年月日				常務理事	事務長	GM	担当	受付
	資格	取得	昭和・平成・令和 年 月 日						
		喪失	令和 年 月 日			本人 家族 6才 高齢			
		扶養認定日	昭和・平成・令和 年 月 日			高額療養費 円			
	領収書額		円			付加金		円	
					支給金額		円		

アイシン健康保険組合 御中

☐ 被保険者
☒ 被扶養者

療養費支給申請書

あん摩・マッサージ用

被保険者 記入欄	被保険者証	記号	41	番号	12345	会社名	株式会社〇〇〇〇
	被保険者氏名	健保 太郎				対象者氏名	健保 花子
	傷病名	脳梗塞後遺症				発病または 負傷年月日	平成 〇 年 〇 月 〇 日
	傷病の原因 及びその経過	いつ・どこで・どのようにして 傷病が発生したか記入ください				第三者の行為 (交通事故・けんか等) が負傷原因ですか?	☐ はい ☒ いいえ
	同意書	本紙(または添付)の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。また、アイシン健康保険組合が医療機関等の関係機関に対して、療養が行われた事実の有無や行われた療養等の内容照会を行うこと、また当該関係機関が内容照会の回答をすることに同意します。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 被保険者氏名 健保 太郎 (健保) 住所 〒 446-0000 愛知県安城市〇〇町〇丁目〇番地 TEL 0566-00-1234					

施術内容・ 証明欄 (施術者記入)	初療年月日		平成・令和 年 月 日		施術期間		自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日		実日数	請求区分																																																																						
									日	新規・継続																																																																						
	傷病名および症状									転帰																																																																						
										継続・治癒・中止・転医																																																																						
	施術料	マッサージ(施術料)	同意部位	(軀幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)	摘要																																																																							
			施術回数	回	回	回	回	回																																																																								
		通所		円 ×	回 =	円																																																																										
		訪問施術料 1		円 ×	回 =	円																																																																										
		訪問施術料 2		円 ×	回 =	円																																																																										
		訪問施術料 3 (3人~9人)		円 ×	回 =	円																																																																										
		訪問施術料 3 (10人以上)		円 ×	回 =	円																																																																										
		温電法(加算)		円 ×	回 =	円																																																																										
		温電法・電気光線器具(加算)		円 ×	回 =	円																																																																										
		変形徒手矯正術(加算) ※温電法との併施は不可	同意部位 施術回数	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)																																																																									
			円 ×	回 =	円																																																																											
特別地域(加算)		円 ×	回 =	円																																																																												
往療料		円 ×	回 =	円																																																																												
施術報告書交付料(前回支給: 年 月分)		円 ×	回 =	円																																																																												
合計							円																																																																									
施術日	訪問1①	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																																																
通所〇	訪問2②																																																																															
往療〇	訪問3③																																																																															
往療又は訪問の理由 ☐ 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 ☐ 認知症や視覚、内部、精神障害などによる外出困難 ☐ その他()																																																																																
上記の通り施術を行い、その費用を領収しました。																保健所登録区分 1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地																																																																
令和 年 月 日 所在地																																																																																
あん摩・マッサージ・指圧師 免許登録番号																施術所名																																																																
() 氏名																電話																																																																
同意 記 録	(再)同意医師の氏名																同意医師の住所																同意年月日																傷病名																要加療期間															
																																	令和 年 月 日																																															

【添付書類】 ①領収書(原本) ②医師の同意書(原本)※1

【注意事項】 ※1 初療、および、6カ月を超えて引き続き申請する場合は、医師の診察を受けた上で交付された「医師の同意書」(原本)の添付が必要となります。

※2 療養費の適正な給付を行うため、申請内容について照会を行う場合がありますので、期限内に回答ください。

※3 書類受付後に、受診状況の確認、照会など審査を行います。そのため、申請から審査結果が出るまでに、3、4カ月以上かかる場合があります。

※4 支給決定通知書は郵送いたしません。アイスマイルポータルに登録をして、ご自身で支給金額等をご確認ください。

※5 請求の時効は2年です。